

外来問診票

2024.12.1 改訂

ふりがな

氏名：

【1】 今一番お困りのことは何ですか？

【2】 いつから、どのように具合が悪くなりましたか？症状が出るきっかけはありますか？

年 月頃より、

【3】 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ 〈 はい ・ いいえ 〉

【4】 現在、他の医療機関へかかっていますか？ 病院・診療所 〈 通院 ・ 往診 〉
(いつから受診しているか、治療内容など)

【6】 マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ 〈 はい ・ いいえ 〉

【7】 今までに薬や食品でアレルギーを起こしたことがありますか？ (薬品または食品名、症状)

【8】 現在、処方されている薬はありますか？ 〈 はい ・ いいえ ・ お薬手帳を提出します 〉

※注1 マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1ヶ月以内のお薬のみ、お書きください。

薬剤名

用量

投薬期間

【9】 今までに入院や通院をしたことがありますか？(大きなけが、病気を含む)

いつ頃

どんな病気やけが

治療内容(手術、服薬のみ等)

医療機関名

(入院・通院)

病院・診療所

(入院・通院)

病院・診療所

(入院・通院)

病院・診療所

【10】 (女性の方のみ)妊娠中 または授乳中ですか？ 〈 はい ・ いいえ 〉

(妊娠中の方のみ)妊娠週数 〈 週 〉

【11】 この1年間で「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか ※2 〈 はい ・ いいえ 〉

※注2 マイナ保険証による情報取得に同意した方は、記載を省略可能です。

受診時期

指摘事項

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報取得加算 (初診時) 加算：1点
(再診時) 加算：1点

■ 今までのご生活歴について お聞きします。

【12】 ご出身地はどちらですか？ _____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村

【13】 ごきょうだいを上から順にご記入ください。ご健在の方に○をつけてください。
(記入例(○)兄・姉・本人(○)弟・妹)

【14】 今までのご職業についてお答えください。

現在の職業 _____ ()歳から
以前の職業 _____ ()歳から()歳
_____ ()歳から()歳
_____ ()歳から()歳
最終学歴 _____ 卒業 ・ 中退

【15】 ご結婚歴についてお答えください。

現在： 独身 ・ 既婚 今までに： 離婚 (回 / 再婚 / 死別)
結婚時期： 昭和 / 平成 / 令和 年 月 (歳のとき)

【16】 お子様はいらっしゃいますか？ 上から順に性別をご記入ください。

【17】 嗜好について お答えください。

たばこ 吸わない ・ 吸う ・ 以前吸っていた (本 / 1日 歳から 歳まで)
お酒 飲まない ・ 飲む ・ 以前飲んでいた (杯 / 1日 歳から 歳まで)

【18】 ご趣味についてお答えください。 _____

【19】 どのような性格ですか？ _____

【20】 今後の希望についてお答えください。

入院を希望する 通院にて治療したい デイケアを利用したい
訪問看護を利用したい その他()

■ 以下は、対象の方のみ ご回答ください。

【21】 介護保険は申請されていますか？ 〈 はい ・ いいえ 〉 要支援() 要介護()

【22】 利用中の介護サービスはありますか？ デイサービス ショートステイ
訪問看護 訪問介護 その他()

【23】 可能であれば 担当ケアマネージャーを教えてください。 _____

★ ご回答ありがとうございました。